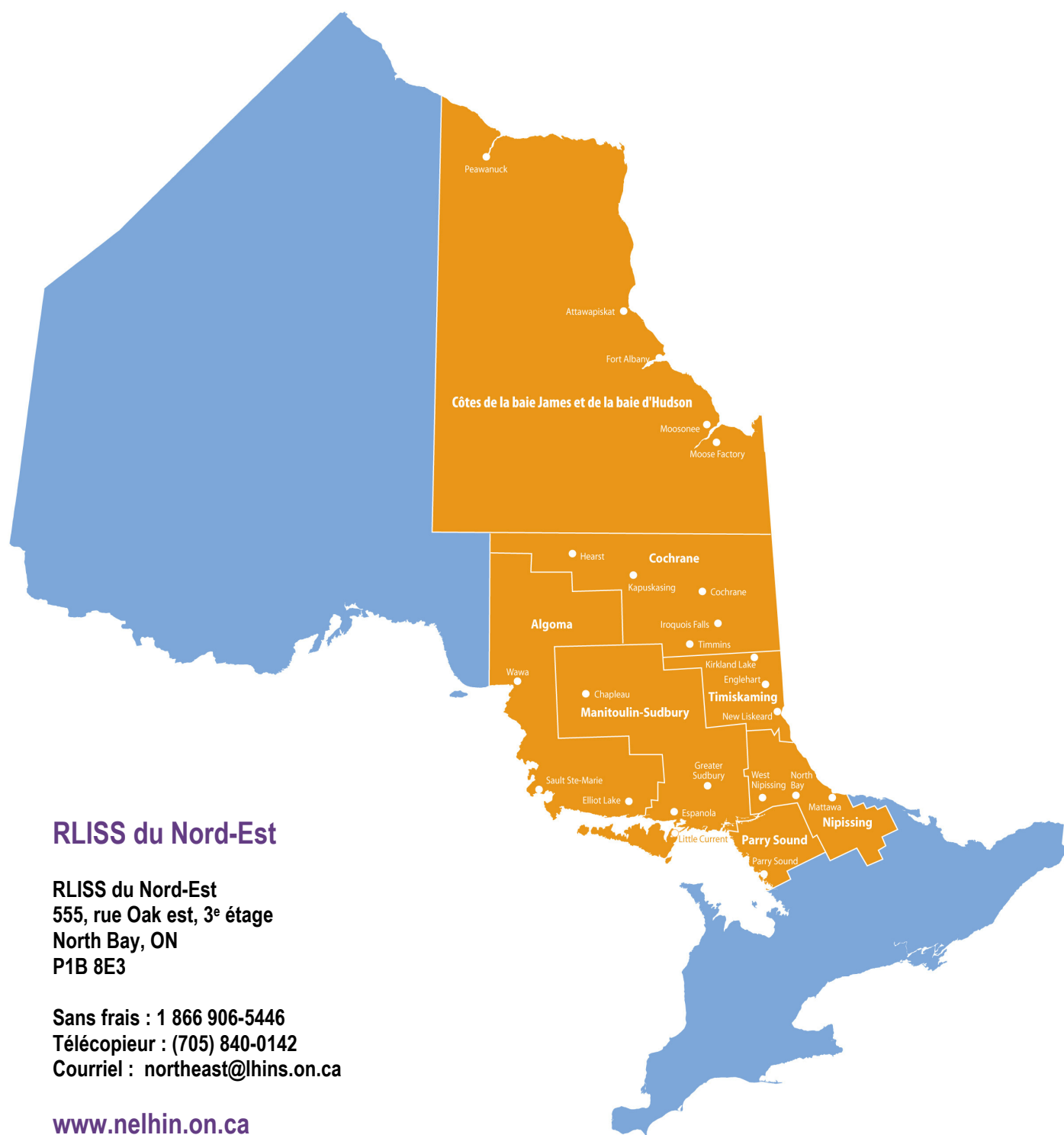


RLISS du Nord-Est



Rapport annuel 2008 – 2009

Région du Nord-Est



RLISS du Nord-Est

RLISS du Nord-Est
555, rue Oak est, 3^e étage
North Bay, ON
P1B 8E3

Sans frais : 1 866 906-5446
Télécopieur : (705) 840-0142
Courriel : northeast@lhins.on.ca

www.nelhin.on.ca

Table des matières

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	5
I. PRÉSENTATION DE NOTRE RLISS	7
INTRODUCTION	7
POPULATION ET PORTRAIT DE LA SANTÉ DU RLISS DU NORD-EST	8
II. CONSEIL D'ADMINISTRATION DU RLISS DU NORD-EST	10
MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, 2008-2009	10
III. ENTENTE DE RESPONSABILISATION MSSLD-RLISS	11
INDICATEURS DE RENDEMENT DU RLISS EN VERTU DE L'ENTENTE DE RESPONSABILISATION MSSLD-RLISS POUR 2008-2009	12
RAPPORT SUR LES INDICATEURS DE RENDEMENT DE L'ENTENTE	13
IV. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	14
LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ET LES AUTOCHTONES, MÉTIS ET PREMIÈRES NATIONS	16
LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ET LA POPULATION FRANCOPHONE	20
ACTIVITÉS D'INTÉGRATION	21
PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS	21
V. PROJETS DU RLISS DU NORD-EST À L'APPUI DES PRIORITÉS PROVINCIALES ET DE L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL	23
VIEILLIR CHEZ SOI	23
AUTRES NIVEAUX DE SOINS (ANS)	23
STRATÉGIE DE CYBERSANTÉ AXÉE SUR LE DIABÈTE ET REGISTRE DES CAS DE DIABÈTE	24
STRATÉGIE DE CYBERSANTÉ AXÉE SUR LES MÉDECINS	24
FONDS DE TRANSITION POUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES	24
FONDS POUR PRIORITÉS URGENTES	24
LOGEMENTS AVEC SERVICES DE SOUTIEN	24
TEMPS D'ATTENTE DANS LES SALLES DES URGENCES	25
VI. ANALYSE DU RENDEMENT OPÉRATIONNEL DU RLISS	25
NOTRE PERSONNEL	25
NOTRE RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE	25
VII. ÉTATS FINANCIERS	27

Énoncé de vision et de mission du RLISS du Nord-Est

« Santé et mieux-être pour tous...grâce à un système innovateur, viable et responsable »

Valeurs

<i>Écoute</i>	Vouloir être à l'écoute.
<i>Intégrité</i>	Assumer la responsabilité et rendre compte du respect de nos valeurs.
<i>Proactivité</i>	Anticiper les besoins et les possibilités et agir d'une manière appropriée.
<i>Équité</i>	Offrir à tous les mêmes perspectives sur le plan de la santé et du bien-être.
<i>Service</i>	Tenir compte des impératifs géographiques, culturels, démographiques et linguistiques dans toutes les activités touchant la santé et le bien-être.

Message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général

En 2008-2009, la récession mondiale a profondément modifié la conjoncture et le RLSS du Nord-Est a mis l'accent sur la collaboration afin de conserver son élan stratégique.

Les organismes, les particuliers et les responsables des programmes gouvernementaux – y compris le système de santé – ont fait une pause pour recentrer leurs efforts étant donné la détérioration de la situation financière mondiale.

Cette conjoncture a créé de nouveaux enjeux et possibilités pour le RLSS et ses partenaires. Notre RLSS a décidé qu'il fallait continuer d'établir un environnement propice à la prestation optimale des services de santé en rationalisant les ressources actuelles et en faisant les choses différemment avec une quantité égale ou, éventuellement, inférieure de ressources. La solution consiste en partie à appliquer notre Stratégie d'intégration pour assurer le passage des organismes de l'indépendance à l'interdépendance.

Le Plan opérationnel de 2008-2009 a porté principalement sur deux priorités : (1) La prestation des services : prendre des décisions qui sont dans l'intérêt des personnes desservies; (2) la viabilité : prendre des décisions pour assurer la viabilité à long terme de notre système de soins de santé.

Nous sommes fiers des progrès réalisés en 2008-2009 vers l'atteinte des objectifs relevant de ces priorités, dont voici quelques-uns :

- **Plan de services de santé intégrés (PSSI)**

Nous avons travaillé à l'avancement de nos sept priorités.

- **Vieillir chez soi**

Nous avons alloué 4,3 millions de dollars à 26 projets dans la région pour permettre aux aînés de vivre dans leur propre domicile plus longtemps.

- **Autres niveaux de soins (ANS)**

De concert avec nos partenaires communautaires, nous avons cherché des solutions au problème des ANS dû aux patients qui occupent un lit d'hôpital en attendant un placement dans un logement avec services de soutien ou une



Mathilde Gravelle Bazinet
*Présidente du conseil
d'administration*



Rémy Beaudoin
Directeur général

maison de soins de longue durée ou des services communautaires qui leur permettraient de rester dans leur propre domicile.

- **Stratégie d'intégration**

Nous avons travaillé avec les fournisseurs de services de santé pour repérer des possibilités d'intégration.

- **Cybersanté**

Nous avons commencé à mettre en œuvre la nouvelle Stratégie de cybersanté de l'Ontario, dont le but est de mettre en place un dossier électronique dans l'ensemble de la province d'ici à 2015.

- **Ententes de responsabilisation**

Nous achevons de négocier des ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS- H) avec 25 hôpitaux de notre région et 135 ententes sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M).

- **Santé des Autochtones, des Premières nations et des Métis**

Nous appuyons la mise en œuvre de la Weeneebayko Area Health Authority (WAHA).

- **Santé des Francophones**

Nous soutenons les activités du groupe de travail sur les services en français et veillons à ce que les fournisseurs de services de santé soient redevables à la population francophone de leurs collectivités.

- **Comité consultatif des professionnels de la santé**

Nous travaillons avec les membres du comité représentant tous les secteurs du système de santé et nous penchons sur les enjeux que posent au système les déplacements des patients et les engorgements causés par les patients en attente d'autres niveaux de soins.

Nous complimentons le conseil d'administration et le personnel de notre organisme d'avoir su répondre aux enjeux conjoncturels en 2008-2009 tout en respectant l'orientation stratégique.

Deuxième plus vaste RLISS de l'Ontario, le RLISS du Nord-Est continue de travailler en vue de doter les plus de 555 000 résidents et 200 fournisseurs de services de santé du Nord-Est de l'Ontario d'un système de santé viable, axé sur le patient et comportant moins de lacunes sur le plan des services.

Nous sommes toujours persuadés que les systèmes de santé peuvent être améliorés. Les membres de l'équipe du Nord-Est continueront d'unir leurs forces et leur intellect pour faire de ces changements positifs une réalité.



Mathilde Gravelle Bazinet
Présidente du conseil d'administration



Rémy Beaudoin
Directeur général

I. Présentation de notre RLISS

Introduction

La nouvelle conjoncture économique de 2008-2009 nous a fait prendre conscience que, pour réussir, le RLISS du Nord-Est devra collaborer avec ses partenaires et ses intervenants pour surmonter les enjeux communs. Le rapport annuel de cette année décrit les efforts déployés pour surmonter les défis dans la région de notre RLISS ainsi qu'un nombre impressionnant de réalisations.

Voici quelques-uns des enjeux auxquels le RLISS et ses partenaires sont confrontés en 2008-2009 et que la collaboration et l'amélioration des services aux patients permettront de surmonter :

- Le nombre croissant de patients nécessitant d'autres niveaux de soins occupant un lit d'hôpital et la nécessité de mettre en œuvre une stratégie qui va au-delà des programmes de santé et vise principalement les logements avec services de soutien.
- La crise démographique imminente due au vieillissement de la population de notre région et ses retombées pour les programmes de santé (on prédit que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 24 % entre 2006 et 2016, soit de 16,5 % à 20,4 %).
- L'optimisation de la technologie pour répondre aux besoins de santé de notre population dispersée sur un territoire vaste, éloigné et en grande partie rural.
- La collaboration avec nos partenaires les hôpitaux pour les aider à équilibrer leur budget.
- La collaboration avec la population culturellement diversifiée de notre région pour répondre aux besoins des Francophones, des Autochtones, des Métis et des Premières nations.

La solution à ces enjeux consiste en partie à appliquer la Stratégie d'intégration que nous avons lancée en septembre 2008. En dépit des changements, des enjeux et des fluctuations, un impératif reste clair : les organismes de santé de notre région doivent collaborer.

La réussite de la collaboration au sein du RLISS est tributaire de notre volonté d'être à l'écoute et de nouvelles possibilités sur le plan de la technologie nous permettent d'atteindre cet objectif. Faisant preuve d'innovation, le RLISS du Nord-Est a utilisé la technologie pour permettre à 285 particuliers se trouvant à 24 emplacements de dialoguer lors de son *Forum sur la gouvernance/des intervenants de 2008*. En outre, les forums électroniques sur notre site Web, l'affichage d'émissions balados et la vidéographie se sont avérés d'excellents moyens de communiquer avec les nombreuses personnes et organisations que nous desservons.

En résumé, depuis la création du RLISS, le conseil d'administration et le personnel se sont consacrés à la gestion du portefeuille de la santé du Nord-Est. Déterminés à faire les choses différemment, ils ont analysé les composantes du système de santé afin de cerner des modèles meilleurs et plus précis et d'établir des structures favorables à la prise de décisions concertées par tous les partenaires concernés.

Population et portrait de la santé du RLISS du Nord-Est



Le document *Profil démographique, socioéconomique et portrait de la santé du RLISS du Nord-Est* produit par le RLISS en novembre 2008 a fourni d'importantes données sur les gens desservis dans notre territoire.

Notre région est non seulement complexe géographiquement, mais elle possède des caractéristiques démographiques uniques qui méritent une attention spéciale. Le RLISS reconnaît et respecte ces différences.

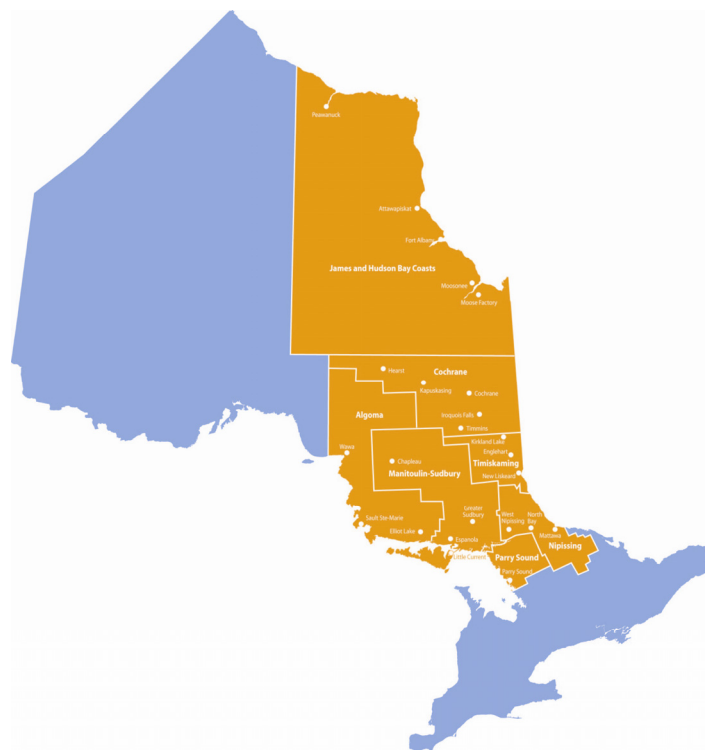
Le RLISS du Nord-Est englobe une vaste région d'environ 400 000 kilomètres carrés et il compte plus de 550 000 habitants. Sa densité de population atteint seulement 1,4 habitant/km². Si l'on compare ce chiffre à la densité de la population à l'échelle provinciale, soit 13,4 habitants/km² (le sud de l'Ontario affiche une densité de population d'environ 100 habitants/km²), il n'est pas étonnant que la prestation de services de santé pose des enjeux énormes dans le Nord-Est. En outre, le taux de croissance démographique est presque stagnant dans la région (moins de 1 %), tandis que celui de la province atteint presque 8 % depuis le recensement de 2001.

L'identité culturelle de notre région est très différente de celle de l'ensemble de la province. Par exemple, près du quart de notre population (24 %) est francophone (comparativement à moins de 5 % pour la province) et les Autochtones, Métis et Premières nations

représentent 10 % de notre population (comparativement à moins de 2 % pour la province). Notre proportion d'aînés est supérieure à celle de la province (17 % contre 14 % respectivement). Enfin, près du tiers de notre population vit en milieu rural (30 % contre 15 % pour la province).

Les sept zones de planification de notre région ont également des populations diversifiées. La carte affiche l'aire géographique de ces zones de planification, dont la liste suivante donne le nom et le pourcentage de population qu'elles contiennent :

- Algoma (21 %)
- Cochrane (14 %)
- Côtes de la baie James et de la baie d'Hudson (1 %)
- Manitoulin-Sudbury (35 %)
- Nipissing (15 %)
- Parry Sound (7 %)
- Timiskaming (6 %)



La vaste région du RLISS du Nord-Est est divisée en sept zones de planification.

Aux différences sur le plan de la taille de la population et de l'aire géographique desservie s'ajoutent des variations d'ordre démographique. La proportion de Francophones dans chaque zone de planification varie de 3 % dans la région de Parry Sound à 51 % dans la région de Cochrane; la proportion d'Autochtones, de Premières nations et de Métis varie de 6 % à 11 %, tandis que la population des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson se compose en majorité d'Autochtones, de Premières nations et de Métis. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus varie de 14 % dans la région de Cochrane à 21 % dans la région de Parry Sound.

Pour nous assurer que les services conviennent à chaque région de planification et milieu communautaire, nous avons pris en compte ces facteurs ainsi que les caractéristiques systémiques et démographiques essentielles du Nord-Est. Outre les caractéristiques démographiques, il est utile de souligner les différences entre la population de la province et celle du Nord-Est, notamment sur le plan du comportement et de l'état de santé :

Comparativement à la province, le Nord-Est compte :

- un plus fort pourcentage d'Autochtones, de Métis et de Premières nations
- un plus fort pourcentage de Francophones
- une plus forte proportion d'ainés
- un plus fort pourcentage de personnes vivant en milieu rural
- un plus fort pourcentage de fumeurs quotidiens
- un plus fort pourcentage de personnes exposées à la fumée secondaire à la maison
- un plus fort pourcentage d'adultes qui sont des buveurs excessifs
- un plus fort pourcentage d'adultes obèses
- une incidence plus élevée de restrictions d'activités signalées par l'intéressé, d'arthrite, d'hypertension artérielle, de diabète et d'asthme

- un taux de mortalité plus élevé toutes causes confondues et pour certaines catégories de maladies, notamment les maladies du système circulatoire, le cancer et les blessures

... et :

- un taux de croissance démographique plus bas
- un plus faible pourcentage de personnes ayant étudié au niveau postsecondaire
- un plus faible pourcentage d'immigrants et de minorités visibles
- un taux plus bas de personnes affirmant avoir un médecin et un taux inférieur de consultations médicales dans la dernière année
- un pourcentage inférieur de personnes affirmant que leur santé est très bonne ou excellente.

Le RLISS du Nord-Est a examiné ces statistiques soigneusement en préparation à la planification, au financement, à la coordination et à l'intégration des services de santé du Nord-Est de l'Ontario. Nous sommes conscients des facteurs qui exerceront des pressions sur nos systèmes régionaux, notamment les suivants :

- On prédit que la population d'ainés (personnes âgées de 65 ans et plus) dans le Nord-Est augmentera de 24 % entre 2006 et 2016 (ministre des Finances), soit de 16,5 % à 20,4 %.
- Plus de 25 000 personnes âgées (65 ans et plus) vivent seules dans le Nord-Est, dont 19 % sont des hommes et 40 % sont des femmes.
- Les maladies chroniques comme le diabète seront un fardeau croissant. La région du RLISS abrite plus de 20 % de la population autochtone de l'Ontario. La proportion d'Autochtones atteints du diabète dans notre région est au moins trois fois plus élevée que celle observée pour la population non autochtone.

II. Conseil d'administration du RLISS du Nord-Est

À la fin de l'exercice 2008, deux postes étaient vacants au sein du conseil d'administration de neuf membres.

Tous les réseaux d'intégration des services de santé sont régis par un conseil d'administration désigné, dont chaque membre est nommé par décret.

Le conseil d'administration du RLISS du Nord-Est tient des réunions mensuelles ouvertes à différents endroits dans la région. Trois comités permanents relèvent directement de lui, notamment : le comité de gouvernance, le comité de vérification et le comité consultatif des professionnels de la santé récemment créé.

Membres du conseil d'administration, 2008-2009

Mathilde Gravelle Bazinet

Présidente
Région de planification du RLISS du Nord-Est :
Nipissing
(Du 8 juin 2005 au 9 juin 2009)

Peter Vaudry

Région de planification du RLISS du Nord-Est :
Algoma
(Du 17 mai 2006 au 31 mai 2011)

Marc Dumont

Région de planification du RLISS du Nord-Est :
Timiskaming
(Du 17 mai 2006 au 16 juin 2010)

Randy Kapashesit

Région de planification du RLISS du Nord-Est :
côtes de la baie James et de la baie d'Hudson
(Du 20 septembre 2006 au 19 septembre 2009)

Johanne Labonté

Région de planification du RLISS du Nord-Est :
Cochrane
(Du 5 février 2007 au 4 février 2010)

Brenda Roseborough

Région de planification du RLISS du Nord-Est :
Manitoulin-Sudbury
(De mai 2008 à mai 2011)

D^r Donald Stemp

Région de planification du RLISS du Nord-Est :
Nipissing
(Mandat : du 17 mai 2006 au 16 mai 2009)

Leah Welk

Région de planification du RLISS du Nord-Est :
Parry Sound
(Mandat : du 24 septembre 2008 à septembre 2011)

Vacant

Région de planification du RLISS du Nord-Est :
Manitoulin-Sudbury

III. Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS

L'*Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS* définit clairement la relation entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le RLISS du Nord-Est en ce qui a trait à la prestation de programmes et de services de santé à l'échelle locale. Elle pose les fondements d'une compréhension mutuelle et énonce les indicateurs de rendement respectifs applicables à une période de temps prédéfinie.

Le tableau suivant présente les indicateurs mesurés durant l'exercice 2008-2009.

Indicateurs de rendement du RLISS en vertu de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS pour 2008-2009

Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLISS 2008-2009	Cible de rendement du RLISS 2008-2009	Rendement du RLISS pour le plus récent trimestre de 2008-2009	Résultats** annuels*	Cible de rendement atteinte OUI/NON
Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile	57	55	51	55	OUI
Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile	48	32	35	38	NON
Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile	134	130	111	125	OUI
Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche – 90 ^e percentile	405	320	374	371	NON
Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – 90 ^e percentile	380	290	359	423	NON
Temps d'attente pour un examen diagnostique par IRM - 90 ^e percentile	94	70	75	73	OUI
Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie – 90 ^e percentile	37	34	28	29	OUI
Taux d'hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire	546,72	478,00	528,45	523,44	OUI
Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée – tous les placements	122,00	122,00	156,00	141,00	OUI
Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS) – par établissement du RLISS	21,20	21,00	27,80	26,35	NON
Taux de visites à l'urgence pouvant être gérées ailleurs	70,03	62,40	76,83	69,91	NON
Taux de réadmissions pour infarctus du myocarde	6,03	6,00	5,95	5,91	OUI

Notes :

* Indicateurs de rendement 1 à 7 = quatrième trimestre de 2008-2009 et 8 à 12 = troisième trimestre de 2008-2009

** Les indicateurs de rendement 8 à 12 (colonne Résultats annuels) comprennent seulement la moyenne des trimestres 1 à 3.

Rapport sur les indicateurs de rendement de l'entente

À la fin de 2008-2009, le RLISS n'avait pas atteint les résultats prévus pour cinq des indicateurs de rendement énoncés dans son entente de responsabilisation avec le ministère.

Le temps d'attente pour un pontage aortocoronarien était de 38 jours, alors que la cible du RLISS pour 2008-2009 était de 35 jours. Toutefois, le RLISS a considérablement amélioré son rendement par rapport à sa valeur de départ (48 jours) et se place toujours bien en deçà du repère provincial de 182 jours.

Par ailleurs, dans le secteur des arthroplasties de la hanche et du genou, la cible de rendement du RLISS s'établissait au-delà du temps d'attente de la province (182 jours). En effet, elle était de 320 jours pour les arthroplasties de la hanche et de 290 jours pour celles du genou. Il y a cependant eu une amélioration par rapport à la valeur de départ de 405 pour les arthroplasties de la hanche et de 380 jours pour celles du genou.

Trois des principaux facteurs ont affecté les arthroplasties de la hanche et du genou :

- (1) Les ANS. Notre hôpital régional a dû annuler les chirurgies d'octobre à décembre 2008 à cause du nombre élevé de patients en attente d'ANS occupant des lits pour soins actifs.
- (2) Les enjeux liés au recrutement des médecins.
- (3) Le manque de physiothérapeutes. Certaines petites collectivités n'ont pas de physiothérapeute, ce qui retarde le départ des patients de l'hôpital. En effet, ceux-ci doivent séjourner plus longtemps à l'hôpital pour recevoir des

services de physiothérapie qui ne sont pas offerts dans leur collectivité.

En 2008-2009, le pourcentage de journées consacrées aux ANS* dans les hôpitaux du Nord-Est s'élevait à 26,35 % comparativement au repère provincial de 9,46 %. Le RLISS a enregistré une hausse des journées consacrées aux ANS : la valeur de départ de 21 % a bondi à 27,8 % au troisième trimestre de 2008-2009. Durant cette période, les hôpitaux ont connu une crise telle qu'il a fallu ouvrir de nouveaux lits pour soins intermédiaires pour alléger les pressions sur le réseau hospitalier. Le manque de lits pour soins de longue durée et de logements avec services de soutien dans nos collectivités empêche un hôpital de transférer les patients à un milieu de soins plus approprié. Plus de 400 patients sont inscrits sur les listes d'attente pour un placement dans certaines de nos grandes collectivités.

Le taux de visites à l'urgence pouvant être gérées ailleurs a diminué de 70,03 à 69,61 en 2008-2009, mais il reste supérieur au repère provincial de 11,79. Bon nombre de collectivités du RLISS n'ont pas de cliniques sans rendez-vous ni de cabinets de soins primaires et l'hôpital est le seul fournisseur de services dans la collectivité. Le RLISS a demandé aux hôpitaux de réduire le nombre de visites pouvant être gérées ailleurs de 5 % en 2008-2009. Les nouvelles équipes Santé familiale et les cliniques d'infirmières praticiennes aideront le RLISS à obtenir d'autres réductions.

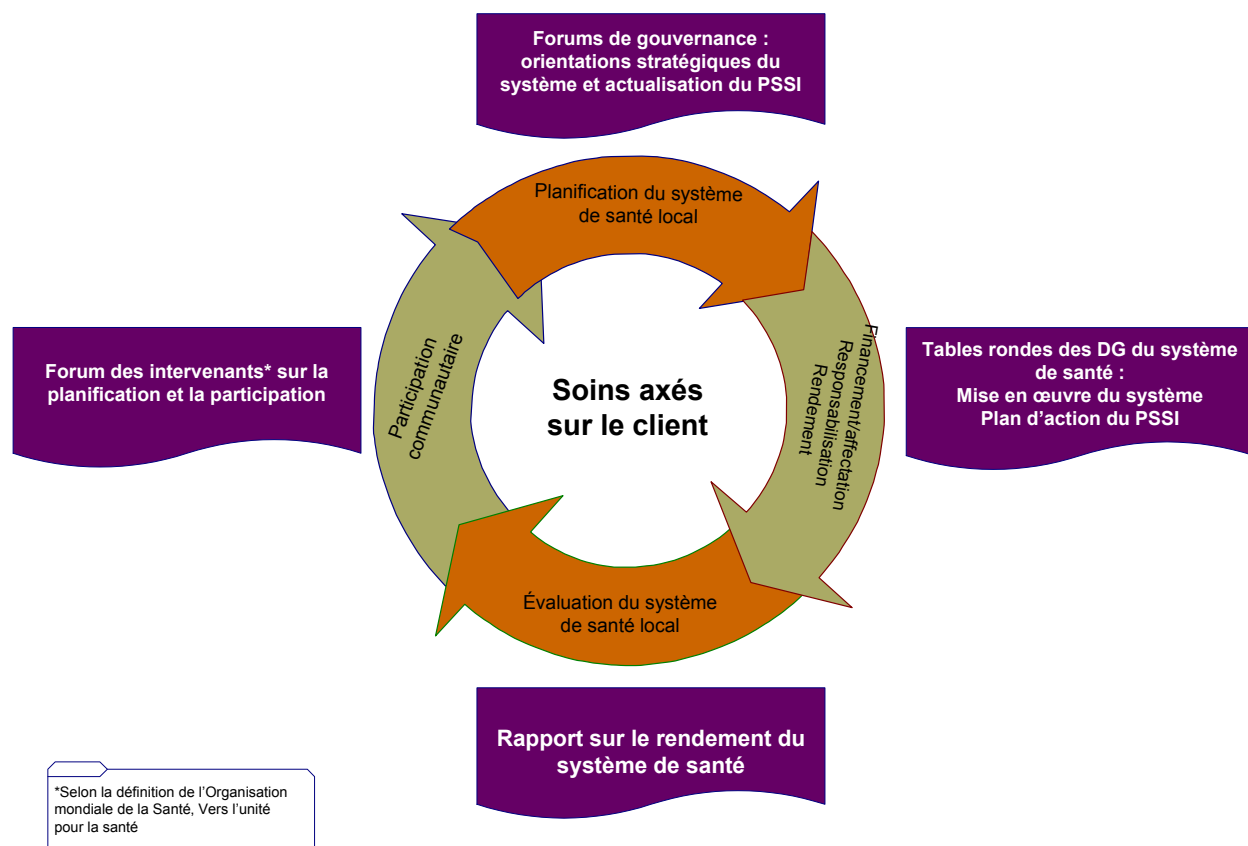
**Pourcentage de jours d'hospitalisation pour lesquels un médecin (ou une personne désignée) a indiqué qu'un patient occupant un lit d'hôpital pour soins actifs a terminé la phase de soins actifs de son traitement, mais reste à l'hôpital à cause d'un manque de logements avec services de soutien, de lits en maison de soins de longue durée ou de services de soutien à domicile.*

IV. Participation communautaire

La participation communautaire a pour but de permettre au RLISS d'écouter les usagers du système. Les différentes activités que nous organisons nous permettent de savoir dans quelle mesure le système répond aux besoins des membres de la collectivité. Ces renseignements aident le RLISS à trouver de meilleures façons d'atteindre sa vision *Santé et mieux-être pour tous*.

La **stratégie de participation communautaire** du RLISS définit un cadre d'engagement, d'habilitation et de mobilisation des collectivités, des intervenants et du public en vue de la planification d'un système de santé amélioré. Elle aborde et reflète les besoins culturels et linguistiques particuliers des Francophones et des communautés autochtones, des Premières nations et des Métis de la région.

Le RLISS a établi un **cycle de planification et de mise en œuvre du système** pour permettre à tous les intervenants de participer à l'identification des priorités systémiques et à la mise en œuvre des orientations stratégiques.



Tous les aspects de la démarche concertée de participation communautaire et de planification ont été intégrés au cycle économique et de planification du RLISS, car cela permet d'obtenir les renseignements et les commentaires pertinents en temps opportun.

Comme l'illustre le diagramme ci-devant, tous les intervenants participent à l'un des processus suivants :

- I. Groupes communautaires/d'intervenants :
Améliorations au système

- Collectivités; gestionnaires de la santé; décideurs; professionnels de la santé; établissements d'enseignement
- II. Forums de gouvernance : **Orientations stratégiques du système**
- Administrateurs des fournisseurs de services de santé financés par le RLIS
- III. Tables rondes des directeurs généraux du système de santé : **Réalisation des orientations stratégiques**
- Directeurs généraux des organismes de fournisseurs de services et des partenaires
- IV. Évaluations du système de santé : **Évaluation du rendement du système**
- Sondages auprès des usagers; évaluations du rendement

Cette approche concertée respecte le cadre ***Vers l'unité pour la santé*** élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé. Ce cadre exprime la volonté commune de plusieurs partenaires de façonner un système de santé viable axé sur les besoins des gens. Reposant sur l'hypothèse selon laquelle une démarche coordonnée ou intégrée est nettement préférable lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité, l'équité, la pertinence et la rentabilité du système de santé, il réaffirme l'importance d'engager les partenaires et intervenants clés afin d'établir un système de santé axé sur les gens et conforme aux principes de qualité, d'équité, de pertinence et de rentabilité.

En 2008-2009, le RLIS du Nord-Est a continué de rechercher des possibilités de participation avec ses partenaires communautaires, les conseils d'administration et les usagers du système de santé, les membres des professions apparentées et les représentants des divers groupes culturels de la région.

Groupes d'intervenants/communautaires

Le processus de participation communautaire annuel permet aux gens de recommander des améliorations au système. Il engage les intervenants du RLIS suivants : communautés, gestionnaires en santé, décideurs, professionnels de la santé et établissements d'enseignement.

Forums sur la gouvernance

Le RLIS a innové en utilisant la technologie pour assurer une communication entre les résidents des régions urbaines et rurales dans le cadre de son Forum sur la gouvernance/des intervenants de 2008. Ce forum, le premier qui ait été tenu par vidéoconférence, a permis un dialogue entre 285 participants à 24 emplacements situés à des kilomètres de distance. Durant la réunion de trois heures et demie, tenue en soirée de Parry Sound à Moosonee, de Hornepayne à Englehart et de Timmins à Mattawa les intervenants ont discuté de l'incidence de la récession sur les services de santé, des mesures à prendre pour stabiliser les pressions dues aux ANS et de la façon dont le RLIS doit collaborer avec les fournisseurs de services de santé en vue du passage de ceux-ci de l'indépendance à l'interdépendance.



L'honorable David Caplan, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, s'adresse à l'auditoire du Forum sur la gouvernance de 2008.

Tables rondes des directeurs généraux du système de santé

Les tables rondes du système de santé constituent toujours un mode de participation communautaire important pour le RLISS. Nos six tables rondes se réunissent régulièrement, en général chaque mois, et contribuent à la planification de plusieurs importants projets, notamment Vieillir chez soi, les ANS et la stratégie d'intégration pour n'en nommer que quelques-uns. Elles examinent et avalisent chaque investissement dans le système de santé du Nord-Est et présentent leurs recommandations au conseil d'administration du RLISS pour approbation finale.

Évaluation du système de santé

Les actions du RLISS sont évaluées à la lumière du Plan de services de santé intégrés, d'un sondage annuel auprès des usagers et des quatre indicateurs de rendement de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS.

La participation communautaire et les Autochtones, Métis et Premières nations

Au cours de 2008, puis en 2009, le RLISS a mis l'accent sur ce qui suit :

- formaliser les relations internes et externes, les structures de planification et le mode de participation des Autochtones, des Métis et des Premières nations afin de favoriser une participation valable à son processus décisionnel;
- obtenir les données sur la santé nécessaires à la planification efficace des services de santé.



Au regard de ces domaines de préoccupation, le RLISS a formulé les principes d'une stratégie d'intégration autochtone ainsi que le mandat d'un comité sur la santé des Autochtones du Nord-Est (comité de participation autochtone imposé par la loi et comité consultatif clé auprès du conseil d'administration et de la haute direction du RLISS), a établi divers sous-comités régionaux et assure une représentation au sein de divers comités, groupes de travail et groupes d'étude régionaux.

Le RLISS a également obtenu les ressources nécessaires pour effectuer une analyse exhaustive du contexte et dresser le profil des fournisseurs de services de santé.

L'année prochaine, le RLISS élaborera la structure du comité local sur la santé des Autochtones, effectuera une analyse du contexte et maintiendra sa concordance avec les programmes, services et projets sanitaires provinciaux et nationaux afin de mieux répondre aux besoins des Autochtones, des Métis et des Premières nations.

Activités de participation du RLISS avec les Autochtones, les Premières nations et les Métis en 2008, puis en 2009 :

- De concert avec un sous-comité composé de quatre membres, le RLISS a animé un Sommet sur la santé des Autochtones de deux jours en vue de : promouvoir le réseautage entre les Autochtones, les Métis et les Premières nations et les fournisseurs de services de santé et les secteurs de la santé traditionnels; discuter de la formalisation d'un comité consultatif et de planification autochtone au sein du RLISS (anciennement l'entité de planification autochtone locale en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*); considérer l'utilisation de la technologie pour planifier le système de santé et l'accès aux services. Le sommet a regroupé trois enseignants et aînés traditionnels. En tout, 120 représentants autochtones, métis et des Premières nations et fournisseurs de services de santé traditionnels ont participé.
- On a mis sur pied un sous-comité des ressources humaines en santé autochtones relevant du comité directeur de la planification des ressources humaines en santé du Nord-Est.
- Quatre membres des Premières nations et représentants des Autochtones en milieu urbain ont été nommés au comité directeur de la gestion de la Stratégie de lutte contre le diabète. Ils dirigeront l'élaboration de projets pilotes axés sur cette stratégie et le registre de cas de diabète.
- Le RLISS a animé trois rencontres en personne et neuf téléconférences avec plus de 50 fournisseurs de services sociaux et de santé aux Autochtones dans les sept zones de planification de la région. Ces personnes ont contribué à l'élaboration et à la validation du mandat du comité local sur la santé des Autochtones et au choix du premier responsable et des membres remplaçants.
- On a élaboré sept principes propres aux Autochtones pour la Stratégie d'intégration du RLISS et appuyé une proposition d'intégration visant à améliorer les services de santé mentale aux côtes de la baie James et de la baie d'Hudson.
- Le responsable permanent et les remplaçants autochtones ont été nommés aux tables rondes du système de santé de chacune des zones de planification.
- Un exposé sur les activités du RLISS en ce qui a trait aux Autochtones a été présenté à la conférence sur la santé des Autochtones de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et aux réunions régulières des responsables autochtones provinciaux des RLISS.
- Le RLISS a animé des réunions mensuelles avec deux comités intérimaires de planification des services de santé pour les Autochtones en vue de formuler cinq nouvelles propositions au titre de la stratégie Vieillir chez soi et deux améliorations aux projets de l'année 1.
- On a aidé les fournisseurs de services de santé aux Autochtones, aux Métis et aux Premières nations à élaborer les propositions de l'année 2 au titre de la stratégie Vieillir chez soi. Des nouveaux projets pour dix communautés des Premières nations et pour quelques communautés rurales et urbaines dans l'île Manitoulin et la zone de planification de Cochrane sont en cours d'approbation.
- Une séance de planification stratégique de deux jours sur la santé mentale et les toxicomanies a réuni des fournisseurs de services de la zone de planification des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson.
- Une demande présentée au Fonds pour l'adaptation des services de santé a été approuvée et permettra d'appuyer les projets suivants :
 - Salle de guérison traditionnelle à l'Hôpital général de Timmins
 - Formation des soignants offerte par The Friends aux organismes de services de soutien communautaire de la zone de planification de Parry Sound
 - Soutien à la gestion du projet de WAHA

- Examen des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et formulation d'une stratégie axée sur la santé mentale des Autochtones du Nord-Est
- Analyse du contexte
- En préparation au Plan de services de santé intégrés 2010-2013, on a effectué une analyse documentaire et élaboré un plan d'action pour le contenu relatif aux Autochtones, aux Métis et aux Premières nations.
- Le RLISS a aidé le MSSLD à transférer le Misiway Health Centre à sa région et a participé aux discussions sur les problèmes des maisons de soins de longue durée et sur l'examen des programmes et services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.
- Le RLISS a participé aux forums provinciaux, nationaux et régionaux sur la santé des Autochtones et des Premières nations, dont les thèmes étaient la cybersanté et les ressources humaines en santé.
- Le RLISS a dressé une liste de traducteurs médicaux en langue crie à l'intention des collectivités et des fournisseurs de services de santé en prévision des évacuations le long des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson.

Membres du groupe régional intérimaire de planification des services de santé pour les Autochtones, les Métis et les Premières nations du RLISS du Nord-Est – actif jusqu'en avril 2009 et remplacé par le Comité local des services de santé pour les Autochtones du Nord-Est :

Membres participant régulièrement au groupe régional intérimaire de planification des services de santé pour les Autochtones

- Aîné, Première Nation North Bay et Temagami

- Hôpital général de la baie James, président-directeur général et chef des services aux patients
- Mamaweswin Tribal Council – Rive-Nord, directeur des services de santé
- Nipissing First Nation Health Centre, directeur des services de santé
- Wikwemikong Health Centre, directeur des services de santé
- Wabun Tribal Council, chef des services de santé
- United Chiefs and Councils of Manitoulin - M'Chigeeng First Nation Health Centre, directeur des services de santé
- Noojmowin Teg Health Access Centre, directeur général
- N'Mninoeyaa : Centre d'accès aux soins communautaires
- Shkagamik-Kwe Health Centre
- Métis Nation of Ontario, chef des services de soins de longue durée
- Fédération des centres d'accueil indiens de l'Ontario, chef des soins de longue durée
- North Bay Indian Friendship Centre, directeur général
- Centre d'accueil de Timmins, directeur général
- Centre d'accueil de Kapuskasing, directeur général
- Misiway Health Centre, directeur des services de santé

Participation irrégulière

- Union of Ontario Indians
- M'naamodzawin Health Services Inc.
- Hôpital général de Weeneebayko
- Wikwemikong Nursing Home, directeur général
- Fédération des centres d'accueil indiens de l'Ontario, chef des soins de longue durée

Membres participant régulièrement au groupe intérimaire de planification des services de santé pour les Autochtones des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson

- Hôpital général de la baie James, chef des services aux patients et directeur général adjoint, services aux patients
- Programme de santé mentale de James Bay, directeur
- Hôpital général de Weeneebayko, directeur des services aux patients
- Hôpital général de la baie James et Hôpital général de Weeneebayko, médecin-chef
- Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, services de soins communautaires, agent de secteur
- Moose Cree First Nation, chef des soins de longue durée, directeur des services de santé
- Mushkegowuk Tribal Council, directeur des services de santé
- Peetabeck Health Services Fort Albany First Nation, directeur des services de santé
- Peawanuck Health, coordinateur de la santé et du mieux-être
- Attawapiskat First nation, directeur des services de santé
- Fort Albany, directeur des services de santé

Participation irrégulière

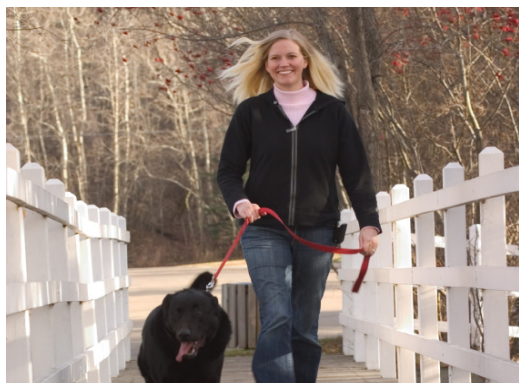
- Moosonee Indian Friendship Centre, directeur général
- Sagashtawao Healing Lodge, directeur général
- Bureau de santé publique, infirmière
- CASC, infirmière ou préposé aux services de soutien à la personne



Rencontre avec nos partenaires autochtones, métis et des Premières nations

La participation communautaire et la population francophone

Le RLISS poursuit ses travaux sur le plan des services en français. Durant l'année qui vient de s'écouler, il a procédé à l'identification de tous les fournisseurs de services de santé des régions désignées du Nord-Est. Des 83 organismes de services de santé mentale, de lutte contre la toxicomanie et de soutien communautaire, 25 organismes avaient déjà une désignation partielle ou complète et 58 étaient identifiés en vertu de la *Loi sur les services en français*. Tout fournisseur de services de santé désigné ou identifié doit démontrer comment il dessert la population francophone.



Un indice de l'équité des services en français étant inclus dans l'Entente sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H), le RLISS a effectué un même relevé pour les organismes des secteurs des services de santé mentale, de lutte contre la toxicomanie et de soutien communautaire en collaboration avec le Bureau du Nord des Services en français. L'ERS-H des 83 fournisseurs de services de santé identifiés ou désignés en vertu de la *Loi sur les services en français* comporte maintenant un indice de l'équité des services en français. La réponse des hôpitaux fournie dans la Présentation de planification hospitalière annuelle (PPHA) a été exceptionnelle. Cinq organismes seulement n'ont pu fournir les renseignements exigés. Nous sommes fiers de rapporter que 13 de nos fournisseurs de services de santé ont signalé un indice de l'équité des services en français de « 1 » ou plus.

Un indice de l'équité des services en français de « 1 » suggère que l'accès aux services et l'accessibilité de ceux-ci sont entièrement équitables pour la population francophone. Dans ce cas, les communautés francophones de la circonscription hospitalière du fournisseur de services de santé ont un accès équitable aux services en français. Un indice de l'équité des services en français supérieur à « 1 » suggère que l'accès aux services et l'accessibilité de ceux-ci vont au-delà de ce qui est équitable pour la population francophone.

Les fournisseurs de services de santé dont l'indice de l'équité des services en français est inférieur à « 1 » doivent augmenter l'indice signalé pour 2010-2011 de 10 % d'ici le 31 mars 2011. L'indice de l'équité des services en français sert à mesurer l'accès aux services et l'accessibilité de ceux-ci pour la population francophone.

Ce processus est une première étape du plan du RLISS visant à évaluer comment les fournisseurs de services de santé dispensent des services en français accessibles à la population francophone du Nord-Est.

Le comité de planification intérimaire des services en français du Nord-Est a accompli très peu d'activités l'an dernier. En effet, le RLISS attend encore les directives du ministère concernant le mandat et l'orientation des groupes de planification imposés par la loi provinciale. Le comité a accepté d'interrompre ses activités jusqu'à ce que le ministère présente ses directives.

Le RLISS continue de s'assurer que les activités de participation régulières correspondent aux besoins des intervenants francophones. Il a réalisé des progrès dans ce secteur grâce à l'élaboration d'une politique axée sur les besoins particuliers de sa population francophone.

Activités d'intégration

En septembre 2008, le conseil d'administration du RLISS du Nord-Est a approuvé la Stratégie d'intégration du RLISS. Celle-ci a été élaborée afin de donner aux fournisseurs de services de santé des renseignements et un processus qui assureront la réussite des projets d'intégration et de coordination des services de santé. utilisent les ressources disponibles le plus efficacement possible. En 2008-2009, le RLISS du Nord-Est a émis cinq ordonnances d'intégration volontaire appuyant :

1. L'intégration de l'Algoma Consumer Survivor Network et de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie.
2. L'intégration du Centre d'accès aux soins communautaires du Nord-Est et du service bénévole du Centre de santé de l'Ouest de Parry Sound.
3. L'intégration de North Cochrane Addiction Services, du programme de lutte contre le jeu compulsif de Moosonee et du programme de santé mentale communautaire de l'Hôpital général de James Bay.
4. L'intégration des services de dépôt d'imagerie diagnostique destinés aux hôpitaux des RLISS du Nord-Est, du Nord-Ouest et de Champlain.
5. L'intégration des ressources de réadaptation à l'Hôpital général de North Bay.

Plan de services de santé intégrés

Le PSSI du RLISS, qui a été publié en décembre 2006 et porte sur la période allant d'avril 2007 à mars 2010, a continué de progresser. Les projets et activités du RLISS continuent d'être centrés sur les sept priorités contenues dans son premier PSSI, notamment :

- Services de santé pour les Autochtones
- Prévention et gestion des maladies chroniques
- Système coordonné de technologie de l'information et des communications et gestion de l'information
- Services de santé en français
- Ressources humaines en santé
- Réforme des soins primaires
- Réduction des temps d'attente

Services de santé pour les Autochtones

Au cours de 2008, puis en 2009, le RLISS s'est attaché à formaliser les relations internes et externes, les structures de planification et le mode de participation des Autochtones, des Métis et des Premières nations afin de favoriser une participation valable à son processus décisionnel et d'obtenir les données sur la santé nécessaires à la planification efficace des services de santé. Le RLISS a également été un partenaire clé de l'avancement de la Weeneebayko Area Health Authority (WAHA). Il continue de s'assurer que les activités de participation régulières correspondent aux besoins des Autochtones, des Métis et des Premières nations.

Prévention et gestion des maladies chroniques

Le RLISS se concentrera sur la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. Il a mis sur pied un comité de gestion du diabète composé de représentants de la région. Ce comité poursuivra ses travaux pendant que les préparatifs en vue d'établir un programme de projet pilote sur le diabète continuent.

Système coordonné de technologie de l'information et des communications et gestion de l'information

Le RLISS a entrepris plusieurs grands projets de cybersanté. Durant l'année qui vient de s'écouler, il a mis en valeur l'excellence du leadership, des champions et de l'engagement à l'égard de la cybersanté parmi les fournisseurs de services. Les relations avec les fournisseurs ont été un facteur clé de la réussite de la mise en œuvre et de l'adoption de la cybersanté et le RLISS continuera de les exploiter. Notre RLISS est reconnu pour son adoption précoce de la Stratégie ontarienne de cybersanté et il a contribué aux priorités de cybersanté provinciales, notamment la gestion du diabète, la gérance des médicaments, le projet InfoMéd et l'état de préparation à la cybersanté.

Services de santé en français

Le RLISS poursuit ses activités dans le secteur des services de santé en français. Durant l'année qui vient de s'écouler, il s'est concentré principalement sur l'identification de tous les fournisseurs de services de santé situés dans les régions désignées du Nord-Est. En qualité d'organisme désigné ou identifié, le fournisseur de services de santé doit démontrer comment il sert sa population francophone. Le RLISS continue également de s'assurer que ses activités de participation régulières correspondent aux besoins des intervenants francophones. Il élabore actuellement une politique qui portera sur les besoins particuliers de sa population francophone.

Ressources humaines en santé

L'établissement du comité directeur des ressources humaines en santé a commencé. Ce comité composé de représentants du Nord-Est de l'Ontario est chargé de diriger dans une perspective systémique l'élaboration du plan de ressources humaines en santé de la région. Ce plan tiendra compte des enjeux locaux, culturels et linguistiques associés aux ressources humaines en santé.

Réforme des soins primaires

Le RLISS traitera des soins primaires dans le cadre de son travail sur les maladies chroniques et s'occupera initialement de la gestion du diabète.

Réduction des temps d'attente

Le comité consultatif des temps d'attente du RLISS se réunit trimestriellement pour surveiller les temps d'attente et fournir des conseils sur divers enjeux liés à l'atteinte des cibles fixées. En outre, le comité directeur de l'optimisation des services chirurgicaux a achevé son rapport provisoire et s'apprête à mener une consultation sur les recommandations. Il présentera son rapport final au RLISS au début du prochain exercice.

L'actualisation du premier PSSI du RLISS a débuté en mars 2008. Durant la première moitié de l'exercice 2009, le RLISS du Nord-Est organisera diverses activités de participation pour confirmer et réaffirmer ses priorités pour la période 2010-2013

V. Projets du RLISS du Nord-Est à l'appui des priorités provinciales et de l'amélioration du système de santé local

Vieillir chez soi

La hausse du financement de base de l'année 1 de Vieillir chez soi a contribué à remédier aux lacunes dans les services et à améliorer la qualité du système de santé pour les aînés. Au cours de l'année 2, on a mis l'accent non seulement sur les améliorations systémiques, mais également sur l'intégration et l'innovation, deux éléments essentiels au renouvellement du système de services pour les aînés.

Autres niveaux de soins (ANS)



Bon nombre des 25 hôpitaux de notre RLISS restent confrontés à l'énorme problème des ANS. Le RLISS a concentré la plupart de ses activités sur les quatre grands centres et hôpitaux urbains qui subissent 60 % des pressions associées aux ANS dans le Nord-Est.

En novembre 2008, le RLISS a approuvé un plan d'action en cinq points pour continuer de diminuer les pressions dues aux ANS dans sa région. Les priorités (options en matière de lits et de logements, services complémentaires d'ANS, soins intégrés, équipes mobiles en soins infirmiers et Vieillir chez soi) sont conformes au

Les groupes de travail sur les ANS et les tables rondes du système de santé des sept zones de planification du RLISS ont poursuivi leurs travaux en vue d'élaborer des propositions pour l'année 2 de la stratégie Vieillir chez soi (le financement de l'année 2 couvre les exercices 2009-2010; cependant, le travail de planification a été terminé en 2008-2009).

Le RLISS du Nord-Est a reçu 6,2 millions de dollars durant l'année 2 pour aider les aînés à

Plan d'action du RLISS du Nord-Est sur les autres niveaux de soins (décembre 2007) qui vise à soulager les pressions découlant des ANS grâce à deux grandes stratégies : (1) renforcer la capacité des ressources et du système et (2) améliorer la prestation des services.

À la fin de 2008, on a créé à Sudbury – centre d'acheminement régional du Nord-Est – le comité directeur sur les ANS dirigé par le RLISS du Nord-Est et le groupe de travail des médecins de Sudbury. Le comité a cerné dix priorités d'action destinées à alléger les pressions et à réduire les enjeux dus aux ANS à Sudbury. Le RLISS surveille étroitement l'avancement des travaux de ce comité et entend mettre en œuvre les projets réussis dans d'autres collectivités de la région confrontées à des pressions dues aux ANS.

Plusieurs projets mis en œuvre dans les quatre centres urbains du Nord-Est (Sudbury, North Bay, Sault Ste. Marie et Timmins) ont considérablement contribué à stabiliser les pressions dues aux ANS. Ce sont, notamment : les services complémentaires d'ANS; l'Outil de dépistage des aînés à risque de perte d'autonomie (ISAR); un programme de gestion

des urgences gériatriques; et le Projet de concertation pour la transition.

Les ANS resteront une priorité en 2009-2010. Sachant qu'ils constituent un problème de longue date au sein du système de santé, le RLISS du Nord-Est continuera de réunir tous les partenaires communautaires afin de définir des solutions à court terme, à moyen terme et à long terme.

Stratégie de cybersanté axée sur le diabète et registre des cas de diabète

Le RLISS du Nord-Est a reçu un financement unique de 175 000 \$ pour mettre en œuvre un registre des cas de diabète. Au cours du prochain exercice, nous effectuerons des évaluations de l'état actuel des services de cybersanté régionaux dans le domaine du diabète et identifierons les dirigeants qui contribueront au lancement des projets.

Le RLISS du Nord-Est est un des cinq RLISS qui appuieront le déploiement de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. Il a reçu un financement unique de 51 000 \$ pour créer un comité de gestion du diabète et mener un projet pilote dans une communauté autochtone.

Stratégie de cybersanté axée sur les médecins

L'Hôpital du district de Timmins et l'équipe Santé familiale de Timmins se sont associés pour mettre en œuvre un dossier médical électronique pour cette dernière. Le financement ponctuel de 280 000 \$ octroyé servira également à mettre au point l'interface entre l'hôpital et l'équipe médicale.

Fonds de transition pour la santé des Autochtones

Le RLISS a soumis des propositions au ministère de la Santé et des Soins de longue durée en vue d'obtenir des fonds pour appuyer

des projets destinés aux Autochtones du Nord-est. Il a reçu un financement ponctuel de 45 374 \$ pour effectuer une analyse du contexte, appuyer financièrement une conférence sur la santé mentale et assumer les coûts de gestion de projet associés à la mise en place de la Weeneebayko Area Health Authority (WAHA). Les projets continueront en 2009-2010 et le RLISS recevra un financement ponctuel complémentaire de 193 500 \$ à cette fin.

Fonds pour priorités urgentes

Au cours de l'exercice 2008-2009, le RLISS a octroyé son fonds pour priorités urgentes au soutien de sa population croissante d'aînés et à l'allègement des pressions dues aux ANS. Un financement ponctuel a été accordé pour des lits de soins de transition à Sudbury et à Sault Ste. Marie, tandis que des programmes de services complémentaires d'ANS ont été mis en œuvre à Sudbury, Sault Ste Marie, North Bay et Timmins.

En outre, le RLISS a octroyé un financement à deux projets de logements avec services de soutien à North Bay et à Elliot Lake et a fourni un financement de démarrage de 400 000 \$ au programme gériatrique régional. Ce dernier comporte un élément clé, à savoir des maillages avec les autres fournisseurs de services du Nord-Est afin d'assurer que les aînés ont accès aux programmes et services dont ils ont besoin pour vivre dans leur propre domicile.

Logements avec services de soutien

Le RLISS du Nord-Est est le premier RLISS de l'Ontario à avoir commandé un rapport sur les besoins de logement actuels et futurs des aînés en ce qui a trait aux soins de longue durée, à la retraite ou à l'aide à la vie autonome et aux logements avec services de soutien. Le **rapport sur les options résidentielles des aînés** révèle qu'il faudra ajouter des logements avec services de soutien au cours des 25 prochaines années en réponse au nombre croissant d'aînés et voir à ce que ces logements répondent aux besoins des groupes d'âge plus avancés.

À la suite de cette étude, le RLISS a confirmé qu'il fallait élaborer une stratégie axée sur les ANS qui va au-delà des programmes de services de santé actuels et se concentre sur les logements avec services de soutien. Le plan doit prévoir un ensemble approprié de lits de soins de longue durée, de logements avec services de soutien et de services de soutien communautaire pour augmenter la capacité au sein de la collectivité.

Temps d'attente dans les salles des urgences

Le comité consultatif sur les temps d'attente se réunit tous les trimestres pour surveiller les

temps d'attente et recommander des démarches qui permettraient d'atteindre les objectifs de réduction des temps d'attente de notre RLISS. Le comité a deux objectifs : veiller à ce que les résidents du Nord-Est de l'Ontario subissent les interventions visées par les temps d'attente le plus près possible de leur domicile et à ce que les objectifs de temps d'attente soient atteints au moyen d'une réaffectation des fonds aux hôpitaux de la région qui ont la capacité nécessaire et peuvent dispenser les services en temps opportun.

VI. Analyse du rendement opérationnel du RLISS

Notre personnel

Au cours de l'exercice, le RLISS a créé un nouveau poste afin de pouvoir assumer ses responsabilités à l'égard des Autochtones, des Métis et des Premières nations. Il compte maintenant 23 employés à temps plein.

Notre personnel est recruté soigneusement pour que son ensemble de compétences permette à l'organisme d'atteindre sa mission : **santé et mieux-être pour tous**. Ses compétences combinées reflètent son savoir-faire dans les secteurs suivants : planification des services de santé pour les Autochtones, les Premières nations et les Métis; planification des services de santé pour les Francophones; planification et intégration du système de santé dans le territoire éloigné et rural du Nord-Est de l'Ontario; collecte et analyse de données; participation communautaire; procédures financières; négociation et communication.

À divers moments durant l'exercice, le RLISS a tenu des journées d'étude pour réexaminer la

charge de travail et les priorités de son personnel. Ces consultations avec le personnel ont mené à la mise en œuvre d'une démarche de gestion de projet qui permettra de gérer plus efficacement les priorités et les projets connexes du RLISS.

Notre responsabilité financière

Le RLISS s'est acquitté de ses responsabilités dans les limites de son budget en 2008-2009.

Une grande partie du budget du RLISS est affectée aux frais de déplacement. Notre région englobe 400 000 kilomètres carrés et abrite plus de 560 000 personnes dans des centres urbains et des collectivités rurales, éloignées. Les déplacements sont donc une activité-maîtresse pour le personnel et les membres du conseil d'administration du RLISS.

Le conseil d'administration se réunit chaque mois et les réunions ont lieu en alternance dans les sept régions de planification. Ses membres peuvent ainsi rencontrer les intervenants dans

leurs propres collectivités et entendre leurs préoccupations concernant la prestation des services de santé à l'échelle locale. À leur tour, les gens de notre région ont la possibilité de communiquer avec le RLISS et d'offrir leurs commentaires sur la façon optimale de fournir des services de santé dans une région géographiquement dispersée et culturellement diversifiée.

Pour sa part, le personnel du RLISS voyage énormément pour rencontrer les fournisseurs et les usagers des services de santé. Au cours du dernier exercice, il a négocié 25 ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) et 135 ententes sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M), ce qui a exigé des déplacements et des séances de formation additionnels.

VII. États financiers

États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

31 mars 2009

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

31 mars 2009

Table des matières

Rapport des vérificateurs	1
État de la situation financière	2
État des activités financières	3
État de la variation de la dette nette	4
État des flux de trésorerie	5
Notes complémentaires	6-14

Rapport des vérificateurs

Aux membres du conseil d'administration du

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est (le « RLISS ») au 31 mars 2009 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLISS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est au 31 mars 2009 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.



Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 7 mai 2009

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État de la situation financière
au 31 mars 2009

	2009	2008
	\$	\$
Actifs financiers		
Trésorerie	968 385	1 167 075
Montant à recevoir du Ministère	3 701 600	1 686 710
	4 669 985	2 853 785
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	817 949	1 092 476
Montant à verser au Ministère (note 10b)	128 332	66 646
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLIS (note 3)	22 104	7 953
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé	3 701 600	1 686 710
Apports de capital reportés (note 4)	213 966	388 750
	4 883 951	3 242 535
Dette nette	213 966	388 750
Actifs non financiers		
Immobilisations (note 5)	213 966	388 750
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil



, administrateur



, administrateur

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État des activités financières
pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

		2009	2008
	Budget (non vérifié) (note 6)	Réel	Réel
	\$	\$	\$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paielements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 7)	1 154 299 500	1 169 655 493	1 115 633 592
Activités du RLIS	4 832 335	4 796 665	3 802 494
Services de cybersanté (note 9a)	-	600 000	275 000
Chef de service des urgences (note 9b)	37 500	75 000	37 500
Engagement autochtone (Aboriginal Engagement) (Note 9c)	100 000	100 000	100 000
Fonds de transition pour la santé des Autochtones (note 9d)	-	45 374	-
Projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (note 9e)	-	33 300	-
Stratégie sur le diabète (note 9f)	-	51 000	-
Stratégie Vieillir chez soi	-	-	202 000
Gestion des listes d'attente	-	-	70 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 4)	-	210 454	195 823
	1 159 269 335	1 175 567 286	1 120 316 409
Charges			
Paielements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 7)	1 154 299 500	1 169 655 493	1 115 633 592
Frais généraux et administratifs (note 8)	4 832 335	4 796 665	3 801 412
Services de cybersanté (note 9a)	-	534 131	274 739
Chef de service des urgences (note 9d)	37 500	60 000	30 000
Engagement autochtone (Aboriginal Engagement) (Note 9c)	100 000	99 035	100 000
Projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (note 9e)	-	32 728	-
Stratégie sur le diabète (note 9f)	-	50 448	-
Stratégie Vieillir chez soi	-	-	202 000
Gestion des listes d'attente	-	-	70 000
Amortissement des immobilisations	-	210 454	195 823
	1 159 269 335	1 175 438 954	1 120 307 566
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	128 332	8 843
Financement remboursable au Ministère (note 10a)	-	(128 332)	(8 843)
Surplus de l'exercice	-	-	-
Surplus accumulé au début	-	-	-
Surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	2009	2008
	\$	\$
Surplus de l'exercice		
Acquisition d'immobilisations corporelles	(35 670)	(160 961)
Amortissement des immobilisations corporelles	210 454	195 823
Diminution de la dette nette	174 784	34 862
Dette nette au début	(388 750)	(423 612)
Dette nette à la fin	(213 966)	(388 750)

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

État des flux de trésorerie

pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	2009	2008
	\$	\$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	210 454	195 823
Amortissement des apports de capital reportés (note 4)	(210 454)	(195 823)
Variation des éléments hors trésorerie du fonds de roulement		
Diminution des débiteurs	-	2 231
Augmentation du montant à recevoir du Ministère	(2 014 890)	(1 686 710)
(Diminution) augmentation des créditeurs		
et charges à payer	(274 527)	919 939
Augmentation du montant à verser au Ministère	61 686	8 843
Augmentation (diminution) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	14 151	(76 798)
Augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	2 014 890	1 686 710
	(198 690)	854 215
Investissement		
Acquisition d'immobilisations	(35 670)	(160 961)
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 4)	35 670	160 961
Variation nette de la trésorerie	(198 690)	854 215
Trésorerie au début	1 167 075	312 860
Trésorerie à la fin	968 385	1 167 075

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Notes complémentaires

31 mars 2009

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est a été constitué par lettres patentes le 9 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « Loi »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilisation avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend la région du nord-est de l'Ontario. Le RLISS conclut des ententes de responsabilisation avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et les pertes de valeur d'actifs.

2. Principales conventions comptables (suite)

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, en vertu de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS (l'« entente de responsabilisation ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé, avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilisation conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'une immobilisation de façon considérable sont immobilisées.

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (suite)

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Mobilier et agencements	5 ans
Matériel informatique	3 ans
Améliorations locatives	Durée du bail

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises et qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujetti aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

4. Apports de capital reportés

	2009	2008
	\$	\$
Solde au début	388 750	423 612
Apports de capital au cours de l'exercice	35 670	160 961
Amortissement pour l'exercice	(210 454)	(195 823)
Solde à la fin	213 966	388 750

5. Immobilisations

			2009	2008
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Mobilier et agencements	70 404	50 925	19 479	33 560
Matériel informatique	92 788	63 664	29 124	40 421
Améliorations locatives	725 033	559 670	165 363	314 769
	888 225	674 259	213 966	388 750

6. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1^{er} avril 2008. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux principes de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement d'exploitation total des fournisseurs de services de santé de 1 169 655 493 \$ se compose des éléments suivants :

\$

Budget initial	1 154 299 500
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	15 355 993
Budget total	1 169 655 493

Le budget de financement d'exploitation total de 5 737 009 \$ se compose des éléments suivants :

\$

Budget initial	4 969 835
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	767 174
Budget total	5 737 009

7. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 1 169 655 493 \$ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit :

	2009	2008
	\$	\$
Gestion d'hôpitaux	735 395 697	701 409 702
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales		
- hôpitaux publics	249 825	244 950
Centres de soins de longue durée	168 778 614	156 362 614
Centres d'accès aux soins communautaires	93 802 009	88 054 570
Services de soutien communautaires	21 398 759	20 531 038
Lésion cérébrale acquise	1 263 094	-
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	8 069 412	7 241 600
Centres de soins de santé communautaires	8 569 291	6 530 373
Programmes communautaires de soins de santé mentale	47 495 109	47 223 620
Programmes de lutte à la toxicomanie et au jeu compulsif	19 424 774	18 355 753
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	65 193 759	69 659 347
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales		
- hôpitaux psychiatriques	15 150	20 025
	1 169 655 493	1 115 633 592

8. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2009	2008
	\$	\$
Salaires et charges sociales	2 404 290	1 795 529
HOOPP	254 296	180 254
Autres avantages sociaux	251 173	178 330
Frais de déplacements du personnel	245 695	204 862
Frais de déplacements des membres du Conseil	68 463	69 131
Communications	91 240	138 332
Frais d'hébergement	160 409	156 509
Publicité	54 668	40 234
Services bancaires	25	554
Honoraires de services-conseils	539 596	287 336
Location de matériel	20 044	18 818
Indemnités quotidiennes des membres du Conseil	129 575	118 258
Assurances	15 930	15 930
Bureau des services partagés des RLISS	300 000	300 000
Autres charges liées aux réunions	32 031	95 405
Autres charges liées au Conseil	29 441	2 132
Frais d'impression et de traduction	73 748	24 533
Développement du personnel	36 446	46 863
Matériel de technologies de l'information	37 117	25 451
Fournitures et matériel de bureau	45 119	44 904
Autres	7 359	58 047
	4 796 665	3 801 412

9. a) Services de cybersanté

Le bureau des services de cybersanté du Ministère a octroyé un montant de 600 000 \$ au RLISS. Le RLISS avait conclu un contrat en vertu duquel il a retenu les services du Group Health Centre (le « GHC ») au cours de 2009. Le GHC a fourni des services et des livrables conformément au contrat. En retour, le RLISS a accepté de rembourser au GHC toutes les dépenses engagées durant son travail. Le montant total des dépenses remboursées pour la durée du contrat se chiffre à 534 131 \$.

b) Chef de service des urgences

Le Ministère a annoncé qu'il verserait au RLISS un financement additionnel non récurrent de 75 000 \$ afin a) de payer un montant de 5 000 \$ par mois au chef du service des urgences du RLISS et b) de rembourser les dépenses engagées par le chef du service des urgences du RLISS. Le RLISS a engagé un médecin de la région comme chef du service des urgences et lui a versé un montant total de 60 000 \$ en 2008.

9. c) Engagement autochtone (Aboriginal Engagement)

Le Ministère a fourni un financement de base additionnel de 100 000 \$ relativement à l'engagement du RLISS du Nord-Est auprès de la population et des organismes autochtones. Le montant total des charges payées au moyen de ce financement s'élève à 99 035 \$.

d) Fonds de transition pour la santé des Autochtones (« FTSA »)

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a fourni un montant additionnel de 45 375 \$ sous forme de financement unique pour les projets d'adaptation du FTSA que le RLISS a soumis pour financement. Une demande officielle a été faite par le RLISS afin que ce montant soit reporté à 2010.

e) Interventions d'urgence – Autres niveaux de soins

Le Ministère a fourni un financement unique de 33 300 \$ afin d'aider le RLISS à couvrir la rémunération du chef de la performance du projet Urgences – ANS du Nord-Est. Le montant total des charges payées au moyen de ce financement s'élève à 32 728 \$.

f) Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a fourni un financement unique de 51 000 \$ afin d'aider le RLISS à soutenir la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète de la province d'Ontario. Le montant total des charges payées au moyen de ce financement s'élève à 50 448 \$.

10. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de responsabilisation conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère se compose des éléments suivants :

	Produits	Charges	Surplus
	\$	\$	\$
Paiements de transfert aux fournisseurs			
de services de santé	1 169 655 493	1 169 655 493	-
Activités du RLISS	4 796 665	4 796 665	-
Amortissement des immobilisations	210 454	210 454	-
Services de cybersanté	600 000	534 131	65 869
Chef de service des urgences	75 000	60 000	15 000
Engagement autochtone (Aboriginal Engagement)	100 000	99 035	965
Fonds de transition pour la santé			
des Autochtones	45 374	-	45 374
Interventions d'urgence – Autre niveau de soins	33 300	32 728	572
Stratégie sur le diabète	51 000	50 448	552
	1 175 567 286	1 175 438 954	128 332

10. Financement remboursable au Ministère (suite)

b. Le montant à verser au Ministère se compose des éléments suivants :

	2009	2008
	\$	\$
Solde au début	66 646	57 803
Montant remboursé au Ministère	(66 646)	-
Montant du financement remboursable au Ministère (note 10a)	128 332	8 843
Solde à la fin	128 332	66 646

11. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 24 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 254 296 \$ pour l'exercice 2009 (180 254 \$ en 2008) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières.

12. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

13. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des immeubles et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices s'établissent comme suit :

	\$
2010	172 247
2011	50 938
2012	7 286
2013	6 563
2014	2 703

Le RLISS a aussi des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilisation. Au 31 mars 2009, le RLISS avait conclu des ententes de responsabilisation avec tous les hôpitaux et organismes communautaires pour les deux prochains exercices. Les montants réels qui seront ultimement versés aux fournisseurs de soins de santé sont conditionnels à l'octroi des niveaux de financement prévus par le Ministère.

14. Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert à compter du 1^{er} avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter des informations additionnelles.